Deutscher Bundestag **Drucksache 18/8590**

18. Wahlperiode 30.05.2016

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/8441 –

Belastung von Rentnerinnen und Rentnern mit niedrigen Einkommen in der privaten Krankenversicherung

Vorbemerkung der Fragesteller

In der privaten Krankenversicherung (PKV) sind systembedingt überwiegend Menschen mit höheren Einkommen versichert. Dennoch fällt es einem Teil der Versicherten in der PKV zunehmend schwerer, die erheblich steigenden Krankenversicherungsbeiträge zu tragen. So wurden kürzlich Beitragssteigerungen von bis zu 16,4 Prozent bei einzelnen Versicherern bekannt (DER TAGESSPIEGEL vom 3. März 2016). Experten kamen im Auftrag der Bundesregierung bereits im Jahr 2010 zu dem Ergebnis, dass trotz Altersrückstellungen sprunghafte Beitragssteigerungen in der PKV insbesondere für ältere Versicherte möglich seien (IGES „Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung“, Berlin 2010). Eine Untersuchung zeigte für langjährige PKV-Bestandsversicherte Prämiensteigerungen von mehr als 200 Prozent im Zeitraum von 1985 bis 2005 (Jacobs et al. Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Bonn 2006). Starke Beitragssteigerungen bei älteren Versicherten in der privaten Krankenversicherung sind indes keine neue Entwicklung. Bereits zwischen 1994 und 1996 beschäftigte sich auf Beschluss des Deutschen Bundestages eine Unabhängige Kommission mit diesem Thema (Bundestagsdrucksache 13/4945). Schon damals diagnostizierten die Experten im Zeitraum von 1970 bis 1993 Steigerungen um durchschnittlich bis zu 928 Prozent bei den Beiträgen älterer Versicherter (ebd. S. 15).

Die für die PKV augenscheinlich nicht unüblichen enormen Prämiensteigerungen führen vor allem für ältere Versicherte mit einem niedrigen Einkommen zu erheblichen Belastungen. Unter den PKV-Versicherten mit potentiell prekärer Einkommenssituation (Einkommen unter 15 550 Euro) sind zu fast einem Drittel Menschen über 60 Jahre vertreten (vgl. Haun: „Quo vadis, GKV und PKV. Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System“ in Jacobs, Schulze, Hrsg.: Die Krankenversicherung der Zukunft. Berlin 2013, S. 99). Auch Versicherte mit Anspruch auf staatliche Beihilfe, so ein weiteres Ergebnis der Studie, befanden sich in einkommensschwacher, prekärer Lage, fast die Hälfte von ihnen – überwiegend Frauen – im Alter von über

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 26. Mai 2016 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

60 Jahren (Haun 2013 ebd.). Da verwundert es kaum, dass sich mehr als die Hälfte der in der PKV versicherten Rentnerinnen und Rentner für ein Ende des bislang zweigeteilten Krankenversicherungssystems und für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt nach dem Vorbild der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausspricht (WIdOmonitor 2/2012, S. 8).

Die Bundesregierung hält dennoch weiter an dem bestehenden zweigeteilten Krankenversicherungssystem aus PKV und GKV fest. Das System habe sich „bewährt", meint etwa der Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, (vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 20. Juni 2014). Auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, lehnt eine Weiterentwicklung des jetzigen zweigeteilten Systems aus PKV und GKV beispielsweise zu einer Bürgerversicherung ab (vgl. Handelsblatt vom 4. März 2016). Bei einer Bürgerversicherung würden sich die Beiträge an den wirtschaftlichen Möglichkeiten der Versicherten und nicht wie heute in der PKV an deren Alter oder Gesundheitszustand orientieren.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Private Krankenversicherung (PKV) hat eine vielschichtige Versichertenstruktur. Nach einer Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) aus dem Jahr 2012 auf Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008 des Statistischen Bundesamtes (Finkenstädt und Keßler, Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008) bilden die Beamten mit 24,7 Prozent den größten Anteil an den Versicherten, gefolgt von den Pensionären (17,5 Prozent). Eine weitere große Personengruppe in der PKV sind die Selbständigen und Freiberufler (15,7 Prozent). Der Anteil der Arbeitnehmer in der PKV beträgt 11,6 Prozent. Die übrigen 30 Prozent des PKV-Versichertenkollektivs bestehen aus Rentnern, Studenten, Arbeitslosen und sonstigen Nichterwerbstätigen (z. B. Schüler, nicht schulpflichtige Kinder, Hausfrauen, Sozialhilfeempfänger). Dementsprechend unterschiedlich ist auch die Einkommensstruktur in der PKV: Nach den Erkenntnissen des WIP (a. a. O.) verfügten 2008 ca. 22 Prozent aller über 18-jährigen PKV-Versicherten über Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze.

Durch die Neugelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Jahr 2007 wurde die Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung maßgeblich verändert. Es gilt nunmehr der Grundsatz, dass jedes System für die dauerhafte und bezahlbare Absicherung des in ihm versicherten Personenkreises verantwortlich ist. Daraus folgt, dass beispielsweise im Fall finanzieller Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts privat krankenversicherte Personen im PKV-System verbleiben. Durch die rechtliche Konstruktion des Basistarifs ist sichergestellt, dass die Betroffenen eine Absicherung auf dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanzieren können, ggf. übernimmt der jeweilige Leistungsträger nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) den Versicherungsbeitrag vollständig.

Gesetzliche und private Krankenversicherung beruhen hinsichtlich der Finanzierung auf grundlegend unterschiedlichen Prinzipien: Während die GKV auf dem Solidarprinzip beruht und die Höhe der Beiträge maßgeblich vom Einkommen und dem versicherungsrechtlichen Status der Versicherten abhängen, werden die Prämien in der privatrechtlich organisierten PKV abhängig vom vereinbarten Umfang des Versicherungsschutzes, vom Alter und vom Gesundheitszustand

beim Eintritt in die Versicherung kalkuliert. Das beinhaltet auch, dass bei sinkenden Einkommen, beispielsweise im Rentenalter, der Versicherungsbeitrag in der PKV anders als in der GKV nicht absinkt.

Die privaten Versicherungsunternehmen berechnen die Beiträge aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten einer Tarif-, Alters- und Personengruppe. Sofern die Ausgaben über den ursprünglich kalkulierten Werten liegen, muss das Unternehmen die entstehenden Fehlbeträge ausgleichen. Dies kann nur durch eine Neukalkulierung des Tarifs und Anpassung der Beiträge an die gestiegenen Ausgaben erreicht werden. Nach dem Grundsatz der Gleichbehandlung, zu dem die Versicherer verpflichtet sind, können auch ältere und weniger gut verdienende Versicherungsnehmer von einer Beitragsanpassung nicht ausgenommen werden. Die Kostensteigerungen, die in den letzten Jahren auch im Bereich der PKV zu beobachten waren, sind maßgeblich auf allgemeine Leistungsausweitungen im Zusammenhang mit dem medizinisch-technischen Fortschritt sowie den Anstieg der Lebenserwartung zurückzuführen. Diese Veränderungen beeinflussen in gleichem Maße auch die Kostenentwicklung in der GKV. Daher verlief die Beitragsentwicklung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den letzten Jahren sehr ähnlich. Die PKV-Beiträge stiegen zwischen 2008 und 2014 um rund 2,5 Prozent pro Jahr (s. die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 18/5956, S. 3, Antwort zu Frage 5) und entwickelten sich damit in diesem Zeitraum etwas weniger dynamisch als die Beiträge in der GKV.

Um den Beitragsanstieg in der PKV zu begrenzen, hat der Gesetzgeber verschiedene Maßnahmen umgesetzt. So wurde insbesondere im Jahr 2000 zur Stabilisierung der Beiträge im Alter ein gesetzlicher Zuschlag in Höhe von zehn Prozent eingeführt. Zudem werden Überzinsen zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen bzw. zur Prämienermäßigung im Alter verwendet.

Nach Angaben der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sind aufgrund der aktuellen Niedrigzinsphase und der seit ihrem Beginn erfolgten Anpassungen des Rechnungszinses auch die Beiträge von älteren Versicherten angestiegen. Die BaFin geht jedoch davon aus, dass aufgrund der gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen im Branchendurchschnitt auf mittlere Sicht eine relative Stabilisierung der Beitragsentwicklung für privat Krankenversicherte im Alter prognostiziert werden kann (Jahresbericht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 2015, S. 209).

Privat krankenversicherte Personen haben verschiedene Möglichkeiten, steigenden Versicherungsbeiträgen aktiv zu begegnen: Gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) haben PKV-Versicherte einen Anspruch darauf, in einen Tarif ihres Versicherungsunternehmens mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Da die Versicherer oft neue Tarife auflegen, kann bereits der Wechsel im selben Unternehmen zu einer Verringerung der Beitragslast führen. Der Versicherer ist verpflichtet, seinen Kunden auf Anfrage die für ihn günstigsten Tarife zu nennen. Auch ein Wechsel in den Basis- oder Standardtarif kann zu einer Verringerung der Versicherungsprämie führen.

Die privaten Versicherungsunternehmen sind gesetzlich verpflichtet, ihre Versicherten hinsichtlich der komplexen Entscheidung über einen Tarifwechsel zu beraten. Da diese Beratung in der Vergangenheit häufig nicht in befriedigendem Maße erfolgte, ist die Branche der privaten Krankenversicherungsunternehmen aktiv geworden und hat Leitlinien für einen transparenteren und kundenfreundlicheren Tarifwechsel entwickelt, die am 1. Januar 2016 in Kraft getreten sind.

1. Wie groß ist aktuell der Anteil der in der PKV versicherten Rentnerinnen und Rentner?

Der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) hat keine genauen Kenntnisse zur Anzahl der Rentnerinnen und Rentner in der PKV, da die soziale Stellung der Versicherten von den Versicherungsunternehmen nicht flächendeckend erfasst wird. Nach der Untersuchung des WIP im Jahr 2012 (a. a. O.) bildet die Gruppe der Rentnerinnen und Rentner etwa 7,5 Prozent des PKV-Versichertenkollektivs. Auf die aktuelle Zahl der Vollversicherten in der PKV umgerechnet, entspräche das rund 660 000 Rentnern. Zudem wurden vom WIP 17,5 Prozent Pensionäre identifiziert. Das entspräche bei Anwendung auf die aktuelle Zahl der Vollversicherten 1,55 Millionen Personen.

2. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Einkommens- und Geschlechtsverteilung der in der PKV versicherten Rentnerinnen und Rentner?

Hinsichtlich der Einkommens- und Geschlechterverteilung der in der PKV versicherten Rentnerinnen und Rentner hat der PKV-Verband nur wenig Erkenntnisse, da das Einkommen der Versicherten ebenso wenig von den Versicherungsunternehmen erfasst wird wie die soziale Stellung. Nach der Untersuchung des WIP aus dem Jahr 2012 (a. a. O.) erzielen 78 Prozent aller erwachsenen Privatversicherten ein Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze. Dabei bestreiten 4,1 Prozent der Versicherten in der PKV ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus einer Rente.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung der privaten Vollversicherten insgesamt lässt sich über Daten der privaten Pflege-Pflichtversicherung, die der Bundesregierung vorliegen, näherungsweise bestimmen. Diese ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2014

Alter in Jahren	Männer	Frauen	zusammen	darunter Beihilfeberechtigte		
				Männer	Frauen	zusammen
	1	2	3	4	5	6
	in Prozent					
bis unter 15	6,7	6,4	13,1	6,0	5,7	11,7
15 bis unter 20	2,1	2,0	4,1	2,1	2,0	4,1
20 bis unter 25	1,9	1,6	3,4	2,5	2,2	4,7
25 bis unter 30	2,3	1,7	4,1	2,3	2,2	4,4
30 bis unter 35	2,9	2,1	5,0	2,2	2,8	5,0
35 bis unter 40	3,6	2,2	5,8	2,1	2,6	4,8
40 bis unter 45	4,9	2,8	7,6	2,5	3,2	5,7
45 bis unter 50	6,6	3,3	9,9	3,4	3,5	6,9
50 bis unter 55	6,3	3,4	9,7	4,0	3,8	7,8
55 bis unter 60	5,4	3,2	8,6	4,5	3,9	8,4
60 bis unter 65	4,8	3,2	8,0	4,6	4,3	8,9
65 bis unter 70	3,9	2,4	6,4	4,2	3,5	7,7
70 bis unter 75	3,7	2,4	6,0	4,4	3,4	7,8
75 bis unter 80	2,5	1,7	4,2	3,3	2,6	6,0
80 bis unter 85	1,1	0,9	2,0	1,5	1,5	3,0
85 bis unter 90	0,6	0,7	1,4	0,9	1,2	2,1
90 bis unter 95	0,2	0,4	0,6	0,3	0,6	0,9
95 unter älter	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2
insgesamt	59,4	40,6	100,0	50,9	49,1	100,0

Quelle: PKV-Verband, Berechnungen des BMG

3. Wie erklärt sich die Bundesregierung die Tatsache, dass sich einer Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zufolge mehr als die Hälfte aller in der PKV versicherten Rentnerinnen und Rentner für ein einheitliches Krankenversicherungssystem nach dem Vorbild der gesetzlichen Krankenversicherung ausspricht (WIdOmonitor 2/2012, S. 8)?

4. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, dass einer Befragung des WIdO zufolge die in der PKV versicherten Rentnerinnen und Rentner im Vergleich zu anderen Gruppen überdurchschnittlich mit ihrer Krankenversicherung unzufrieden sind (WIdOmonitor 2/2012, S. 2)?

Die Fragen 3 und 4 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Aussagekraft der genannten Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ist aus Sicht der Bundesregierung hinsichtlich privat krankenversicherter Rentnerinnen und Rentnern sehr begrenzt, weil lediglich 79 Personen aus dieser Gruppe befragt wurden. Zudem ergeben andere repräsentative Umfragen, wie beispielsweise der MLP Gesundheitsreport 2014, der in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt wurde, hohe Zufriedenheitswerte von privat krankenversicherten Personen.

5. a) Wie viele Versicherte sind aktuell (Stand: 2015) im Standardtarif und im Basistarif in der PKV versichert, und wie viele sind davon Rentnerinnen und Rentner (bitte jeweils nach Tarif darstellen)?

Nach Auskunft des PKV-Verbands waren im Jahr 2015 45 800 Personen im Standardtarif und 29 400 im Basistarif versichert (vorläufige Zahlen). Der PKV-Verband hat keine Kenntnisse darüber, wie groß der Anteil der Rentnerinnen und Rentner in den Tarifen ist.

b) Wie hat sich die Zahl der im Standardtarif und im Basistarif Versicherten seit dessen Einführung entwickelt (bitte jeweils nach Tarif und nach Jahren aufschlüsseln), und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dieser Entwicklung?

Die Entwicklung der Versichertenzahl im Standard- und Basistarif seit deren Einführung lässt sich der nachfolgenden Tabelle entnehmen. Daraus lässt sich ableiten, dass die Anzahl der privat krankenversicherten Personen, die auch bei verringertem Einkommen im PKV-System verbleiben, stetig zugenommen hat. Außerdem lässt sich den Zahlen entnehmen, dass Personen, die zuvor nicht krankenversichert waren, eine Absicherung in der PKV gefunden haben. Beide Entwicklungen bilden die gesetzgeberischen Richtungsentscheidungen der letzten Jahre ab und zeigen, dass die PKV ihrem gesetzlichen Auftrag zur Gewährung einer dauerhaften und bezahlbaren Absicherung im Krankheitsfall nachkommt.

Jahr	Standardtarif	Basistarif
2015 (vorläufig)	45.800	29.400
2014	45.500	28.700
2013	45.400	26.700
2012	43.500	30.200
2011	41.800	26.100
2010	40.200	21.000
2009	38.400	13.500
2008	36.500	-
2007	31.000	-
2006	24.800	-
2005	19.900	-
2004	15.100	-
2003	11.000	-
2002	7.900	-
2001	6.500	-
2000	5.800	-
1999	1.400	-
1998	1.200	-
1997	1.100	-
1996	1.000	-
1995	800	-

Quelle: PKV-Verband

c) Wie hat sich die Zahl der im Standardtarif und im Basistarif versicherten Rentnerinnen und Rentner seit dessen Einführung entwickelt (bitte jeweils nach Tarif und nach Jahren aufschlüsseln), und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dieser Entwicklung?

Auf die Antwort zu Frage 5a wird verwiesen.

d) Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die Alters-, Geschlechts- und Einkommensverteilung der im Standardtarif und im Basistarif versicherten Personen (bitte nach Tarif darstellen)?

Der Bundesregierung liegen Kenntnisse zur Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten im Basis- und Standtarif ohne Beihilfeanspruch im Jahr 2014 vor. Diese ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Struktur der Versicherten im Standard- und Basistarif nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014 in Prozent

Alter	Standardtarif			Basistarif		
	Frauen	Männer	Zusammen	Frauen	Männer	Zusammen
unter 40 Jahre	0	0	0	10	7	8
40 Jahre bis unter 65 Jahre	8	6	7	39	47	44
über 65 Jahre	92	94	93	51	46	47
Ingesamt	26	74	100	32	68	100

Quelle: BAFIN

6. a) Wie viele Versicherte sind aktuell (Stand: 2015) im Notlagentarif in der PKV versichert, und wie viele sind davon Rentnerinnen und Rentner?

   b) Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die Alters- und Geschlechtsverteilung der im Notlagentarif Versicherten?

Nach Aussage des PKV-Verbands waren im Jahr 2015 115 800 Personen im Notlagentarif versichert (vorläufige Zahlen). Über die Alters- und Geschlechtsverteilung der im Notlagentarif versicherten Personen hat der PKV-Verband keine Erkenntnisse.

7. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die Anzahl sowie die Alters- und Geschlechtsverteilung der nicht in einem Notlagentarif versicherten Nichtzahler in der PKV?

Die Bundesregierung verfügt diesbezüglich über keine Kenntnisse. Auch der PKV-Verband konnte dazu keine Informationen beitragen.

8. Zählen zu den Personen im Notlagentarif der PKV auch Beamte, Pensionäre und deren Angehörige mit Anspruch auf staatliche Beihilfe, und wenn ja, um wie viele Personen handelt es sich hierbei?

Nach Aussage des PKV-Verbands waren im Jahr 2015 8 300 Beamte, Pensionäre bzw. Angehörige von Beamten mit Beihilfeanspruch im Notlagentarif versichert (vorläufiger Wert). Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 19 verwiesen.

9. a) Wie hoch ist aktuell der durchschnittliche Beitrag im Notlagentarif?

Anders als im Basistarif wird der Versicherungsbeitrag im Notlagentarif in den einzelnen Versicherungsunternehmen kalkuliert. Nach einer aktuellen Abfrage des Bundesministeriums für Gesundheit bei einzelnen Versicherungsunternehmen (keine vollständige Erfassung) liegt der durchschnittliche Beitrag der Versicherten im Notlagentarif je nach Versicherungsunternehmen zwischen 76 und 102 Euro.

   b) Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die Zahl der im Notlagentarif Versicherten, deren Vertrag nach § 153 Absatz 2 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) nur einen Teil der Behandlungskosten abdeckt?

Zur Absicherung von säumigen privat krankenversicherten Personen mit Beihilfeanspruch wird der Notlagentarif auch in Tarifvarianten mit einer Erstattung der

Behandlungskosten in Höhe von 20, 30 und 50 Prozent angeboten (§ 153 Absatz 2 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, VAG). Hinsichtlich der Zahl der Versicherten im Notlagentarif mit Beilhilfeanspruch wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

10. Können mit den im Notlagentarif vorgesehenen Prämien Altersrückstellungen aufgebaut werden?

    Wenn nein, was bedeutet das für die Höhe der Prämien im Alter, wenn die Versicherten aus finanziellen Gründen für einen längeren Zeitraum im Notlagentarif verbleiben müssen?

    Wenn ja, reichen diese Altersrückstellungen nach Auffassung der Bundesregierung aus, um die Beitragslast im Alter zu reduzieren?

Für alle Versicherten im Notlagentarif wird eine einheitliche Prämie kalkuliert, Alterungsrückstellungen werden nicht aufgebaut. Bereits vorhandene Alterungsrückstellungen sind auf die zu zahlende Prämie anzurechnen, um den Aufbau weiterer Beitragsschulden zu verhindern. Die bis zur Umstellung in den Notlagentarif aufgebaute Alterungsrückstellung verfällt damit nicht. Gemäß § 193 Absatz 8 Satz 2 VVG ist der Versicherungsnehmer im Zuge der Umstellung in den Notlagentarif in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen.

Nach Auskunft des PKV-Verbands ist die Gesamtzahl der Versicherten im Notlagentarif seit 2014 relativ stabil. Dahinter steht jedoch ein dynamischer Ab- und Zugang in den Tarif. Im Laufe des Jahres 2015 sind etwa 40 Prozent der Versicherten aus dem Notlagentarif ausgeschieden. Diese Versicherten waren durchschnittlich 9,5 Monate im Notlagentarif versichert. Die große Mehrheit dieser Versicherten wechselte anschließend in ihren Ursprungstarif zurück. Nach Auskunft des PKV-Verbands stellte sich die Entwicklung im Jahr 2014 ähnlich dar. Diese Zahlen zeigen, dass die Absicht des Notlagentarifs, für privat krankenversicherte Personen in einer vorübergehenden finanziellen Notlage eine kostengünstige Absicherung des Krankheitsrisikos zu schaffen und ihnen die Möglichkeit einer schnellen Rückkehr in den Ursprungstarif einzuräumen, in der Praxis funktioniert.

11. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die durchschnittliche Beitragshöhe für Rentnerinnen und Rentner in der PKV?

Die Bundesregierung verfügt diesbezüglich über keine Kenntnisse. Da die soziale Stellung der PKV-Versicherten nicht erfasst wird, verfügt der PKV-Verband über keine Informationen zum Versicherungsbeitrag der Rentnerinnen und Rentner. Der PKV-Verband kann nach eigenen Angaben darüber hinaus auch keine Angaben zum durchschnittlichen Versicherungsbeitrag im Verhältnis zur Altersstruktur der Versicherten machen. Der Anteil der privat Versicherten, die eine Prämie entrichten, die den Höchstbeitrag der GKV überschreitet, lag nach Angaben des WIP im Jahr 2012 bei 0,5 Prozent der Versicherten.

12. Inwieweit ist nach Ansicht der Bundesregierung die Annahme der Stiftung Warentest, nach der der PKV-Beitrag „im Rentenalter mindestens dreimal so hoch ist wie bei Vertragsabschluss mit Mitte dreißig“ (Finanztest 5/2014, S. 64) zutreffend?

    Wenn die Bundesregierung diese Annahme für nicht zutreffend hält, auf welcher Grundlage trifft sie diese Einschätzung?

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Annahme der Stiftung Warentest in Einzelfällen zutreffend ist. Über die Hintergründe der Einschätzung der Stiftung Warentest liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Gemäß Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung betrug der Ausgabenanstieg für Krankheitskosten je Versicherten 2,66 Prozent im Jahr 2014 (Vorjahr: 4,89 Prozent). Diese Kostenentwicklung ist maßgeblich durch die allgemeine Teuerung sowie die Teuerung durch den medizinischen Fortschritt bedingt. Legt man eine durchschnittliche jährliche Steigerung von 3 Prozent zugrunde, so ergibt sich alleine hierdurch über einen Zeitraum von 30 Jahren ein ca. 2,5-fach höherer Beitrag im Vergleich zum Beitrag bei Vertragsschluss. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung zu den Beitragssteigerungen verwiesen.

13. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Empfehlung der Stiftung Warentest für PKV-Versicherte bis zum Rentenalter einen Betrag von mindestens 109 000 Euro bis maximal 220 000 Euro anzusparen, um den im Alter höheren PKV-Beitrag ohne Leistungseinschränkungen tragen zu können (Finanztest 5/2014, S. 64)?

Die Problematik höherer Beiträge der PKV im Alter wurde bereits Mitte der 1990er Jahre durch eine unabhängige Expertenkommission untersucht (vgl. Bundestagsdrucksache 13/4945). Auf den Bericht der Kommission, aber auch auf die diesem Bericht vorangegangenen Diskussionen ist letztlich die Einführung einer Reihe gesetzlicher Maßnahmen zurückzuführen, um die im Alter überdurchschnittlich starken Prämienerhöhungen zu dämpfen: In § 149 VAG ist geregelt, dass (ab dem Jahr 2000) bis zum Alter von 60 Jahren auf die ermittelten Prämien ein Zuschlag von 10 Prozent erhoben wird, der analog zu den Alterungsrückstellungen verzinst und ab dem Alter von 65 Jahren ohne Abzug etwaiger Kosten zur Begrenzung von Beitragsanpassungen eingesetzt werden soll. Ab einem Alter von 80 Jahren können die Prämien, soweit entsprechende Mittel aus dem Zuschlag in ausreichender Höhe vorhanden sind, sogar prämienmindernd eingesetzt werden (§ 150 Absatz 3 Satz 2 VAG). Darüber hinaus wurde in § 150 Absatz 1 VAG festgelegt, dass für die Kranken- und Pflegeversicherung jährlich 90 Prozent des Überzinses auf die Summe der zum Ende des Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellungen gutgeschrieben werden müssen. Mit diesem Anteil wird im Wesentlichen der Anteil der allgemeinen Inflation an den Kostensteigerungen abgefangen. Es ist im Ergebnis langfristig zu erwarten, dass die gesetzgeberischen Maßnahmen zu einer deutlichen Dämpfung des Beitragsanstiegs der Versicherten in der PKV beitragen.

Die Frage nach der Höhe der zusätzlich zu bildenden Mittel, die erforderlich wären, um die Prämien im Alter unter keinen Umständen steigen zu lassen, hängt von vielen Faktoren wie Eintrittsalter, Umfang des Versicherungsschutzes, Annahme künftiger Kostensteigerungen, Steigerung der Lebenserwartung, etc. ab. Eine allgemeingültige Aussage für den Einzelfall ist daher nicht möglich.

14. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die durchschnittlichen Beitragssteigerungen für Rentnerinnen und Rentner in der PKV seit dem Jahr 1993?

15. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die durchschnittliche Höhe der von Rentnerinnen und Rentnern in der PKV vereinbarten Selbstbehalte?

Die Fragen 14 und 15 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf die Antwort zu Frage 11 wird verwiesen.

16. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung vor dem Hintergrund des im Alter ansteigenden medizinischen Versorgungsbedarfes aus der Tatsache, dass fast die Hälfte der in der PKV versicherten Rentnerinnen und Rentner ihren Versicherungsschutz reduziert und einen Tarif mit erhöhter Selbstbeteiligung oder reduziertem Leistungsanspruch ausgewählt haben (vgl. Befragung im Auftrag des WIdO, WIdOmonitor 2/2012, S. 4)?

Auf die Antwort zu Frage 3 wird verwiesen.

17. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung darüber, inwieweit PKV-Versicherte und insbesondere in der PKV versicherte Rentnerinnen und Rentner wegen der Belastung eines Selbstbehalts auf notwendige medizinische Leistungen verzichten?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

18. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dem Umstand, dass fast ein Drittel der PKV-Versicherten in prekärer Einkommenssituation (Einkommen mit weniger als 15 000 Euro im Jahr und ohne Absicherung durch höhere Einkommen anderer Haushaltsmitglieder) älter sind als 60 Jahre (vgl. Haun: „Quo vadis, GKV und PKV. Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System“ in Jacobs, Schulze: Die Krankenversicherung der Zukunft, Berlin 2013. S. 99)?

Der Gesetzgeber hat der unterschiedlichen Versicherten- und Einkommensstruktur in der PKV (siehe dazu die Vorbemerkung) Rechnung getragen: Mit der Einführung des Basis- und Notlagentarifs wurden die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, um privat Krankenversicherte wirksam vor Überforderung durch die Versicherungsbeiträge zu schützen. Durch die Konstruktion von Basis- und Notlagentarif wird gewährleistet, dass auch finanziell hilfebedürftige Menschen, Menschen in vorübergehenden finanziellen Notlagen, alte Menschen oder Menschen mit schweren Vorerkrankungen im PKV-System ausreichend abgesichert sind. Zudem bietet der Standardtarif für langjährige Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen eine kostengünstige Absicherung auf dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung.

19. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dem Umstand, dass sich entsprechend der vorgenannten Untersuchung auch privat versicherte Senioren mit Beihilfeanspruch in prekärer Einkommenslage befinden?

Die Bundesregierung trägt lediglich für das Dienstrecht der Beamtinnen und Beamten des Bundes die Verantwortung. Der Einfluss der Bundesregierung und damit auch die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich daher auf das Bundesrecht. Die Versorgung der Beamtinnen und Beamten des Bundes ist ein eigenständiges System der sozialen Sicherung. Die Gewährleistungspflicht des Staates

für die Alterssicherung der Beamtinnen und Beamten leitet sich aus Artikel 33 Absatz 5 des Grundgesetzes ab und beruht auf den verfassungsrechtlichen Grundlagen der hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums. Dazu gehört das sog. Alimentationsprinzip, das nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts den Dienstherrn verpflichtet, Beamte und ihre Familien lebenslang angemessen zu alimentieren. Das verfügbare Nettoeinkommen muss ihre wirtschaftliche Sicherheit und Unabhängigkeit gewährleisten.

Die durchschnittlichen monatlichen Ruhegehälter sind seit 2010 stetig moderat angestiegen. Der o. a. alimentatorischen Fürsorgepflicht des Dienstherrn entspricht gemäß höchstrichterlicher Rechtsprechung auch das Rechtsinstitut der sog. Mindestversorgung zur Absicherung eines versorgungsrechtlichen Existenzminimums. Die Mindestversorgung beträgt aktuell 1 588,47 Euro monatlich. (Stand: 1. März 2015) und liegt damit über der mit von den Fragestellern benannten Einkommensgrenze.

Das Beihilferecht des Bundes trägt mit dazu bei, dass bei den Beamtinnen und Beamten des Bundes eine der Höhe nach verfassungsgemäße Versorgung diese Grenze auch in krankheits- und pflegebedingten Ausnahmefällen nicht unterschreitet. Beamtinnen und Beamte des Bundes unterliegen grundsätzlich nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Sie erhalten von ihrem Dienstherrn Beihilfeleistungen und decken den danach verbleibenden Anteil ihrer Krankheitskosten in der Regel durch eine PKV ab (§ 193 Absatz 3 VVG). Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger des Bundes erhalten Beihilfen in Höhe von 70 Prozent der krankheitsbedingten Aufwendungen. Sie sind damit verpflichtet, lediglich die verbleibenden 30 Prozent durch eine Krankenversicherung abzusichern. Soweit der für die verbleibenden 30 Prozent zu entrichtende Beitrag in bestimmten Fällen 15 Prozent des Einkommens übersteigt, kann der Anteil der Beihilfe auf 80 Prozent erhöht werden. Damit lassen sich die Kosten der ergänzenden PKV um ein Drittel senken (§ 47 Absatz 2 der Bundesbeihilfeverordnung).

Darüber hinaus stellt das Beihilferecht des Bundes durch weitere Härtefallregelungen sicher, dass Beamtinnen und Beamte auch in besonderen Ausnahmesituationen nicht mit erheblichen krankheits- und pflegebedingten Aufwendungen belastet bleiben, die sie über eine zumutbare Eigenvorsorge nicht absichern können. Es trägt damit dazu bei, dass eine der Höhe nach verfassungsgemäße Alimentation auch in krankheits- und pflegebedingten Ausnahmefällen gewährleistet bleibt.

20. a) Wie viele Versicherte im Basistarif zahlen aktuell (Stand: 2015) wegen Hilfebedürftigkeit einen nach § 152 Absatz 4 Satz 1 VAG halbierten Beitrag, und wie viele davon sind Rentnerinnen und Rentner?

b) Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die Alters- und Geschlechtsverteilung der wegen Hilfebedürftigkeit mit einem halbierten Beitrag im Basistarif Versicherten?

Nach Auskunft des PKV-Verbands hatten im Jahr 2015 fast 16 500 Versicherte (vorläufige Zahlen) den Status der Hilfebedürftigkeit. Kenntnisse darüber, wie viele Rentnerinnen und Rentner zu dieser Gruppe zählen, liegen dem PKV-Verband nicht vor.

21. Welche Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Beitragshöhe zieht die Bundesregierung aus dem Umstand, dass zwischen den Jahren 2009 und 2014 der Anteil der Basistarif-Versicherten mit einem halbierten Beitragssatz auf mehr als die Hälfte angestiegen ist (Auswertung auf www.pkv-zahlenportal.de)?

Diese Entwicklung zeigt, dass sich die von der Bundesregierung mit der Einführung der Versicherungspflicht angestrebte Lastenverteilung im Krankenversicherungssystem realisiert. Privat krankenversicherte Personen, die hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII werden, verbleiben nun im PKV-System. Dass die Versichertengemeinschaft der PKV damit in begrenztem Umfang solidarische Finanzierungselemente übernimmt, ist ausdrücklicher Sinn der entsprechenden gesetzlichen Regelungen.

22. a) Bei wie vielen Versicherten im Basistarif beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch an den Beiträgen, und wie viele davon sind Rentnerinnen und Rentner?

b) Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten im Basistarif, bei denen sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch an den Beiträgen beteiligt?

Es wird auf die Antwort zu Frage 20 verwiesen.

23. Bei wie vielen Versicherten im Standardtarif beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch an den zu zahlenden Beiträgen, und wie viele davon sind Rentnerinnen und Rentner?

In der Regel sind finanziell hilfebedürftige Personen im Sinne des SGB II oder SGB XII im Basistarif versichert. Sofern im Einzelfall der Beitrag im Standardtarif niedriger ist als der halbierte Beitrag im Basistarif ist ein Verbleib im Standardtarif auch bei Zahlung eines Zuschusses für den Krankenversicherungsbeitrag durch den zuständigen SGB II- oder SGB XII-Träger möglich. Dem PKV-Verband sind entsprechende Fälle jedoch nicht bekannt. Der Bundesregierung liegen diesbezüglich keine weiteren Erkenntnisse vor.

24. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die Gesamtsumme der jährlichen Beteiligung der Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch an den Beiträgen von Versicherten in der privaten Krankenversicherung?

Die Höhe der geleisteten Ausgaben der Träger nach dem SGB II ab dem Jahr 2011 können der untenstehenden Tabelle getrennt für gemeinsame Einrichtungen und zugelassene kommunale Träger entnommen werden. Die Summen enthalten auch Ausgaben für Zuschüsse zur freiwilligen GKV zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit. Für den Bereich des SGB XII liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

Ausgaben für Zuschüsse zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung und für Zuschüsse zur privaten sowie freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit (in Mio. Euro) im Rechtskreis SGB II					
	2011	2012	2013	2014	2015
gemeinsame Einrichtungen	69	61	74	75	69
zugelassene kommunale Träger	8	14	17	17	nicht vorhanden

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Meldungen der zugelassenen kommunalen Träger zu Ausgaben.

25. a) Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die Anzahl der im Basistarif versicherten Personen, die zur Reduzierung des Beitrags einen Selbstbehalt vereinbart haben, und wie viele davon sind Rentnerinnen und Rentner?

b) Wie viele Personen haben sich dabei für welchen der gesetzlich bestimmten Selbstbehaltswerte entschieden (300, 600, 900 und 1 200 Euro)?

c) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die durchschnittliche Höhe des vereinbarten Selbstbehalts der im Basistarif versicherten Personen (soweit sie über die Verteilung der Selbstbehaltswerte nichts weiß)?

Nach Auskunft des PKV-Verbands verfügten im Jahr 2014 298 Versicherte mit Beihilfeanspruch und 550 Versicherte ohne Beihilfeanspruch über eine Versicherung im Basistarif mit Selbstbehalt. Die Verteilung der vereinbarten Selbstbehalte ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle. Aussagen zu Rentnerinnen und Rentnern sind dem PKV-Verband nicht möglich.

Selbstbehaltsstufe	Beihilfe-Versicherte	Nicht-Beihilfe-Versicherte
300	282	504
600	4	10
900	1	9
1200	11	27
Summe	298	550

Quelle: PKV-Verband

26. Werden die Kosten eines im jeweiligen Tarif festgelegten Selbstbehalts hilfebedürftiger Versicherter durch die Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch übernommen?

Wenn ja, unter welchen Bedingungen?

Wenn nein, warum nicht?

Für die Übernahme der Kosten des im individuell gewählten PKV-Tarif festgelegten Selbstbehalts durch die Träger der Leistungen nach dem SGB II oder nach dem SGB XII besteht keine Rechtsgrundlage. Nach den gesetzlichen Regelungen wird der monatliche Beitrag maximal in Höhe des bei Hilfebedürftigkeit halbierten Beitrags zum Basistarif übernommen. Für Leistungsbeziehende in einem Tarif mit Selbstbehalt besteht die Möglichkeit, in einen Basistarif zu wechseln.

27. a) Inwieweit können die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte von der in § 75 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. in einer Vereinbarung gemäß § 75 Absatz 3b SGB V enthaltenen Vergütungshöhe für vom Standardtarif oder vom Basistarif umfasste ärztliche und zahnärztliche Leistungen abweichen?

Für die Vergütung von im brancheneinheitlichen Basistarif versicherten ärztlichen Leistungen gilt die nach § 75 Absatz 3b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) getroffene Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Verband der privaten Krankenversicherung und den Beihilfekostenträgern vom 28. Januar 2010 mit den dort vereinbarten Vergütungssätzen. Abweichende Vereinbarungen einzelner Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sieht diese Vereinbarung nicht vor. Im Rahmen der ärztlichen Behandlung von Basistarifversicherten sind die in der Vereinbarung vom 28. Januar 2010 festgelegten Vergütungssätze bei der Berechnung im Basistarif versicherter ärztlicher Leistungen von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zugrunde zu legen.

Für die Vergütung von im brancheneinheitlichen Standardtarif versicherten ärztlichen Leistungen sowie für die Vergütung von im brancheneinheitlichen Standardtarif oder Basistarif versicherten zahnärztlichen Leistungen gelten die in § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V festgelegten Gebührensätze der Gebührenordnung für Ärzte bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte, bis zu denen die im Standardtarif versicherten ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen von den Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzten berechnet werden dürfen. Abweichende Vereinbarungen einzelner Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzte sieht die gesetzliche Regelung nicht vor.

b) Beteiligen sich die Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch in den Fällen an den zusätzlichen Kosten hilfebedürftiger Versicherter, in denen die Vergütungshöhe der vom Standardtarif oder vom Basistarif umfassten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen über der in § 75 Absatz 3a und 3b SGB V genannten Größenordnung liegt?

Wenn ja, unter welchen Bedingungen?

Wenn nein, warum nicht?

Die Träger der Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII übernehmen bei privat krankenversicherten Leistungsbeziehenden einen Zuschuss zum monatlichen Beitrag bzw. die Tragung maximal in Höhe des bei Hilfebedürftigkeit halbierten Beitrags zum Basistarif. Die Betroffenen haben die Möglichkeit, sich im Basistarif zu versichern. Eine Beteiligung an zusätzlichen Behandlungskosten, wie in der Fragestellung geschildert, sehen die Fürsorgesysteme der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Lebensunterhaltsleistungen der Sozialhilfe weder für privat krankenversicherte Leistungsbeziehende noch für Leistungsbeziehende, die in der GKV versichert sind, vor.



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333